

Klinik / Praxis:



Patientendaten:

Der Eingriff ist vorgesehen am (Datum):

- Stomaanlage Dickdarm Dünndarm
 endständig doppelläufig
 Stomakorrektur Stomarückverlagerung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Eltern,

bei Ihnen/Ihrem Kind soll ein künstlicher Darmausgang angelegt, korrigiert oder zurückverlagert werden.

Diese Informationen dienen zu Ihrer Vorbereitung für das Aufklärungsgespräch mit der Ärztin/dem Arzt (im Weiteren Arzt). Im Gespräch wird Ihnen Ihr Arzt die Vor- und Nachteile der geplanten Operation gegenüber Alternativmethoden erläutern und Sie über Ihre Risiken aufklären. Er wird Ihre Fragen beantworten, um Ängste und Besorgnisse abzubauen. Anschließend können Sie Ihre Einwilligung in die vorgeschlagene Operation erteilen. Nach dem Gespräch erhalten Sie eine Kopie des ausgefüllten und unterzeichneten Bogens.

GRÜNDE FÜR DIE STOMA-OPERATION

Das Stoma stellt eine künstliche Stuhlausleitung über eine in die Bauchdecke verlagerte Darmschlinge dar. Es wird mit einem speziellen System versorgt, das gewährleistet, dass der Stuhl in einen dafür vorgesehenen Beutel abgegeben wird und der empfindliche Darm wie auch die umliegende Haut vor Verschmutzungen geschützt wird.

Ein Stoma wird häufig im Rahmen einer Tumoroperation angelegt, entweder als Schutz für eine gefährdete Darmahnahme oder aber um eine Engstelle zu überbrücken. Weitere Indikationen sind schwere Entzündungen, die keine Darmahnahme zulassen, Fisteln, Druckgeschwüre (Dekubitus) und Abszesse im Analbereich, die durch die permanente Stuhlverschmutzung nicht abheilen können. Auch Stuhlentleerungsstörungen wie eine Stuhlhalteschwäche (Stuhlinkontinenz) können Grund zur Stomaanlage sein.

Eine **Stomakorrektur** kann dann erforderlich werden, wenn sich ein Stomabruch oder -vorfall (Prolaps) gebildet hat, das Stoma zu eng ist oder nicht ausreichend versorgt werden kann.

Eine **Stomarückverlagerung** wird immer dann durchgeführt, wenn die Darmpassage wieder hergestellt werden kann und ein künstlicher Darmausgang nicht mehr nötig ist.

OPERATIONSVERFAHREN

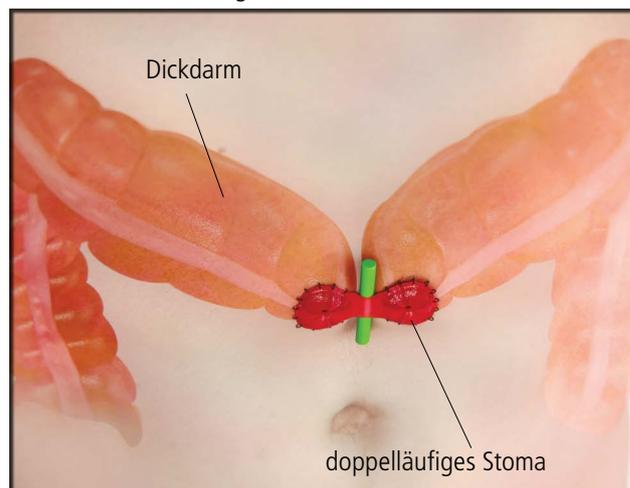
Stomaanlage

Vor der Anlage eines künstlichen Darmausganges wird Ihr Arzt mit Ihnen besprechen, ob es sich um ein Dick- oder Dünndarmstoma handelt, ob ein endständiges oder ein doppelläufiges Stoma angelegt wird und ob das Stoma vorübergehend oder dauerhaft angelegt wird. Dies ist abhängig vom vorliegenden Krankheitsbild.

Um Ihr Stoma nach der Anlage gut versorgen zu können, wird vor der Operation eine geeignete Stelle auf der Bauchdecke markiert. Wichtig ist, dass Sie das Stoma im Stehen, Sitzen und Liegen gut sehen können und es nicht direkt in einer Hautfalte sitzt.

Doppelläufiges Stoma

Zur Anlage eines doppelläufigen Stomas wird eine Darmschlinge durch eine vorher angelegte Lücke in der Bauchdecke vor die Bauchdecke gelegt. Nach Öffnen der Schlinge bilden sich zwei Ausgänge, ein sogenannter zuführender Schenkel (hieraus kommt der Stuhl) und ein abführender Schenkel (dieser geht in den dahinterliegenden Darmabschnitt weiter). Die beiden Darmöffnungen werden dann in die Bauchdecke eingenaht. Damit es zu keinem Zurücksinken des Darmes kommt, wird ein sogenannter Reiter unter die Darmschlinge gelegt. Hierbei handelt es sich um einen Plastikstab, der an beiden Enden für etwa 10 Tage an die Bauchdecke fixiert wird.



Wird ein doppelläufiges Dünndarmstoma angelegt, ist es wichtig, dass der zuführende Schenkel einige Zentimeter aus der Bauchdecke herausragt. Grund ist die Aggressivität des Dünndarmstuhls, der zu diesem Zeitpunkt noch Verdauungsenzyme enthält und von flüssiger Konsistenz ist. Ein Kontakt mit der Haut muss unbedingt vermieden werden, sonst ent-

stehen innerhalb kurzer Zeit schwere und sehr schmerzhafte Hautschäden, die eine weitere Versorgung stark beeinträchtigen. Durch den etwas vorstehenden Dünndarmanteil wird gewährleistet, dass der Stuhl direkt in den Stomabeutel abgegeben wird.

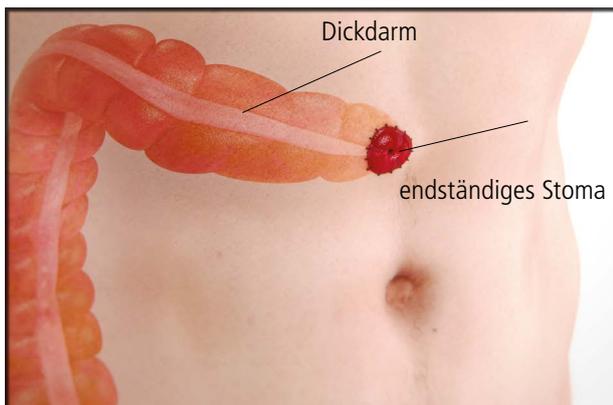
Ein Dickdarmstoma wird plan in die Bauchdecke eingenäht. Die Stuhlkonsistenz ist hier der natürlichen Konsistenz ähnlich und ist nicht mehr aggressiv.

Die Operation kann offen und laparoskopisch durchgeführt werden.

Endständiges Stoma

Bei diesem Verfahren wird der Darm an der erkrankten Stelle durchtrennt und es entstehen ebenfalls zwei Abschnitte. Der zuführenden Darmanteil, aus dem zukünftig die Stuhlabgabe erfolgt, wird durch eine operativ angelegte Lücke in der Bauchdecke nach außen verlagert und in die Bauchhaut eingenäht. Wie beim doppelläufigen Stoma steht ein Dünndarmstoma über, ein Dickdarmstoma wird plan eingenäht. Der abführende Schenkel wird entweder blind verschlossen oder als sogenannte Schleimfistel ebenfalls durch die Bauchdecke ausgeleitet. In diesem Darmabschnitt wird kein Stuhl mehr gebildet, jedoch in geringen Mengen Schleim und abgeschilferte Darmzellen, so dass eine Entleerungsmöglichkeit gegeben sein muss.

Ein endständiges Stoma kann laparoskopisch, laparoskopisch assistiert oder offen über einen Bauchschnitt angelegt werden.



Stomakorrektur

Das Ausmaß des Eingriffes richtet sich nach der vorliegenden Problematik. Es kann sich um einen kleinen Eingriff handeln, bei dem das Stoma aus der Bauchdecke gelöst und korrigiert wieder eingenäht wird. Die Entfernung eines Darmabschnittes kann nötig werden, wenn der vorliegende Darm entzündlich verändert oder nicht ausreichend durchblutet ist. Ausgedehnte Korrekturen können eine Wiedereröffnung (laparoskopisch oder offen) des Bauchraumes nötig machen. Dies ist insbesondere bei Neuanlage des Stomas an einem anderen Abschnitt der Bauchdecke oder bei ausgedehnten Bauchwandbrüchen notwendig. Eine Stabilisierung der Bauchwand durch Einlage eines Kunststoffnetzes kann notwendig werden. Über das geplante Verfahren und eventuelle OP-Erweiterungen werden Sie durch Ihren Arzt informiert.

Stomarückverlagerung

Doppelläufiges Dün- oder Dickdarmstoma

Zur Rückverlagerung eines doppelläufigen Stomas wird die Darmschlinge, die das Stoma bildet, wieder aus der Bauchdecke ausgelöst und die Darmenden werden wieder verbunden. Hierzu kann es nötig sein, ein knappes Stück Darm zu entfernen, um eine gut haltende Naht zu gewährleisten. Der so wiederhergestellte Darmabschnitt wird in die Bauchhöhle zurückverlagert und die Lücke in der Bauchdecke schichtweise

verschlossen. Es kann vorkommen, dass der Eingriff erweitert werden muss und eine Öffnung des Bauchraumes notwendig wird. Dies ist z. B. bei starken Verwachsungen durch die Voroperationen der Fall.

Endständiges Dün- oder Dickdarmstoma

In diesem Fall müssen die beiden getrennten Darmenden, von denen das zuführende als Stoma ausgeleitet und das abführende Ende entweder blind verschlossen oder als Schleimfistel ausgeleitet wurde, wieder zusammengeführt und miteinander verbunden werden. Dies macht eine laparoskopische oder offene Operation mit einer Öffnung des Bauchraumes notwendig. Das Stoma wird aus der Bauchdecke ausgelöst und in den Bauchraum verlagert. Dort wird es mit dem vorher ebenfalls mobilisierten anderen Darmende durch Naht verbunden. Handelt es sich um eine Nahtstelle, die stark anfällig für Komplikationen ist, kann erneut eine Stomaanlage zum vorübergehenden Schutz dieser Nahtstelle notwendig werden. Hierbei handelt es sich um ein doppelläufiges Stoma, das in aller Regel in einem kleinen Eingriff zurückverlagert werden kann.

Grundsätzlich muss vor einer Stomarückverlagerung geklärt sein, ob der vorübergehend stillgelegte Darmabschnitt wie auch der Schließmuskelapparat für eine Wiederaufnahme der Darmfunktion geeignet sind. Das Vorliegen von Engstellen oder Inkontinenz sollten dabei ausgeschlossen werden.

Operationsmethoden

Eine Stomaoperation ist grundsätzlich auf zwei Arten möglich. Beide Verfahren können auch miteinander kombiniert werden.

Bauchspiegelung (Laparoskopie)

Bei diesem Verfahren werden mehrere kleine Hautschnitte gemacht, durch die eine mit einer Optik verbundenen Kamera und Arbeitsinstrumente eingeführt werden. Um laparoskopisch operieren zu können, muss die Bauchhöhle mit Gas gefüllt werden, damit sich die Bauchdecke von den Organen abhebt und somit Sicht- und Arbeitsraum geschaffen wird. Das Gas wird am Ende der Operation wieder abgelassen.

Der Vorteil einer laparoskopischen Operation liegt v.a. in den kleineren OP-Wunden, woraus geringere Schmerzen, weniger Wundheilungsstörungen und eine schnellere Heilung resultieren.

Bauchschnitt (Laparotomie)

Bei diesem Verfahren wird die Bauchhöhle in der Regel durch einen Mittelbauchschnitt geöffnet und das Operationsfeld durch das Einsetzen von Haken offen gehalten. Eine Operation mit Bauchschnitt ist von Vorteil, wenn eine laparoskopische Operation erschwert ist (z. B. bei Verwachsungen, Voroperationen, schweren Entzündungen) und hat oft eine kürzere Operationszeit.

MÖGLICHE EINGRIFFSERWEITERUNGEN

Im Rahmen der Stomarückoperation kann durch unvorhersehbare Umstände (z. B. ausgedehnte Verwachsungen), anatomische Varianten oder Komplikationen (z. B. Blutung) eine Erweiterung des Eingriffes nötig werden. Dies kann bedeuten, dass von einem laparoskopischen Verfahren auf einen Bauchschnitt gewechselt werden muss und erweiterte Maßnahmen (z. B. zur Blutstillung) notwendig werden.

ALTERNATIV-VERFAHREN

Die Anlage eines künstlichen Darmausganges wird grundsätzlich nur dann vorgenommen, wenn es keine sinnvolle Behandlungsalternative gibt. In den meisten Fällen kann ein künstlicher Darmausgang wieder rückverlagert werden. Nur in Ausnahmefällen ist dies z. B. durch schwere Verwachsungen nicht möglich oder bei Inkontinenz nicht sinnvoll. Dies muss dann durch vorherige

Untersuchungen abgeklärt werden.

HINWEISE ZUR VORBEREITUNG UND NACHSORGE

Bitte befolgen Sie die Anweisungen des Arztes und des Pflegepersonals genauestens. Falls nichts anderes angeordnet, beachten Sie bitte folgende Verhaltenshinweise:

Vorbereitung:

Mit Ausnahme einer Stomaanlage im Rahmen eines Notfall Eingriffes erfolgt vor der Operation die **Markierung einer geeigneten Stelle an der Bauchdecke** durch den Arzt oder spezialisiertes Pflegepersonal.

Sollten **abführende Maßnahmen** notwendig sein (Glaubersalz, Lavage, Klyзма), informiert Sie das Pflegepersonal oder der Arzt.

Medikamenteneinnahme: Teilen Sie Ihrem Arzt mit, welche Medikamente Sie regelmäßig einnehmen oder spritzen (insbesondere blutgerinnungshemmende Mittel wie Aspirin® (ASS), Marcumar®, Heparin, Plavix®, Ticlopidin, Clopidogrel, Eliquis®, Lixiana®, Xarelto®, Pradaxa® und metforminhaltige Medikamente, sog. „Biguanide“, bei Diabetikern) oder unregelmäßig in den letzten 8 Tagen vor dem Eingriff eingenommen haben (z. B. Schmerzmittel wie Ibuprofen, Paracetamol). Dazu gehören auch alle rezeptfreien und pflanzlichen Medikamente. Ihr Arzt informiert Sie, ob und für welchen Zeitraum Sie Ihre Medikamente absetzen müssen.

Nachsorge:

Die **Schmerzen** nach der Operation lassen sich mit **Medikamenten gut lindern** und ermöglichen so eine frühe Mobilisierung. Dies wirkt sich positiv auf den Kreislauf und die Darmtätigkeit aus.

Eingelegte **Drainagen** werden in Abhängigkeit vom Heilungsverlauf gezogen.

Zur Vermeidung eines Narbenbruchs sollte das **Heben von Lasten** schwerer als 5 - 10 kg für 8 - 12 Wochen vermieden werden. Die **Fäden** können entweder **verbleiben** oder werden nach 10 - 14 Tagen **gezogen**.

Direkt nach Anlage eines Stomas werden Sie durch **Stomatherapeuten** betreut und in Umgang und Pflege Ihres Stomas geschult. In der Regel wird eine ambulante Stomaversorgung organisiert, die Sie nach der Entlassung weiterhin unterstützt.

Bezüglich der **Ernährung** nach Stomaanlage gibt es keine speziellen Diätvorschriften. Grundsätzlich wird in den ersten Wochen nach der Operation eine ballaststoffarme Kost empfohlen. Wichtig ist eine **ausreichende Trinkmenge**, die bei sehr flüssigem Stuhl dementsprechend gesteigert werden muss. In diesen Fällen können stuhleindickende Maßnahmen wie z. B. Einnahme von Pektinen oder medikamentöse Verlangsamung der Darmpassage wie auch eine Zufuhr von **Nahrungsergänzungsmitteln** notwendig werden.

Bei gesteigertem **Flüssigkeitsverlust** über ein Dünndarmstoma oder bei anhaltenden Durchfällen muss dieser durch eine Erhöhung der Trinkmenge ausgeglichen werden.

Bezüglich weiterer **Verhaltensmaßnahmen** oder der Einnahme von Medikamenten halten Sie sich bitte an die Anweisungen Ihres Arztes.

Bitte informieren Sie sofort Ihren Arzt, falls **Fieber, starke Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Blut im Stuhl, Verstopfung, Probleme mit dem künstlichen Darmausgang** oder andere Störungen auftreten.

RISIKEN, MÖGLICHE KOMPLIKATIONEN UND NEBENWIRKUNGEN

Es ist allgemein bekannt, dass **jeder medizinische Eingriff Risiken birgt**. Kommt es zu Komplikationen, können diese zusätzliche Behandlungsmaßnahmen oder Operationen erfordern und im Extremfall auch im weiteren Verlauf einmal **lebensbedrohlich** sein oder bleibende Schäden hinterlassen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Sie aus rechtlichen Gründen über alle bekannten eingriffsspezifischen Risiken informieren müssen, auch wenn diese z. T. nur in Ausnahmefällen eintreten. Ihr Arzt wird im Gespräch auf Ihre individuellen Risiken näher eingehen. Sie können aber auch auf eine ausführliche Aufklärung verzichten. Überspringen Sie dann diesen Risiko-Abschnitt und bestätigen Sie dies bitte am Ende der Aufklärung.

Bei jedem Eingriff kann es zu **Blutungen**, Nachblutungen oder Blutergüssen (Hämatomen) kommen. Diese können so schwer sein, dass eine Not- oder Folgeoperation notwendig wird. Bei **stärkeren Blutungen** kann eine Übertragung von Fremdblutbestandteilen (**Transfusion**) notwendig werden. Dadurch kann es sehr selten zu Infektionen z. B. mit Hepatitis-Viren (Leberentzündung), äußerst selten mit HIV (AIDS), BSE-Erregern (Hirnerkrankung) oder anderen gefährlichen – auch unbekannt – Erregern kommen. Auch ein Lungenödem mit Lungenversagen, eine Verschlechterung der Nierenfunktion oder andere gefährliche Immunreaktionen können ausgelöst werden.

Eine **Verletzung benachbarter Organe** wie Bauchspeicheldrüse, Milz, Zwerchfell, Leber, Gallenblase, Harnblase oder Magen sind selten. Kommt es nach einer Verletzung der Milz zu **starken Blutungen**, kann es erforderlich werden, die **Milz zu entfernen**.

Verletzungen von im Operationsgebiet verlaufenden **Nerven** können zu vorübergehenden, selten auch bleibenden Blasenentleerungsstörungen, Erektionsstörungen (verminderte Gliedsteife) führen.

Verwachsungen im Bauchraum oder eine **narbige Verengung** der Nahtstelle am Darm können auch noch nach Jahren Beschwerden, bis hin zum Darmverschluss, verursachen und müssen dann operativ behandelt werden.

Infektionen sind in den meisten Fällen mit Antibiotika gut behandelbar. Bei schon bestehenden Darmentzündungen ist das Infektionsrisiko erhöht und es kann es zu einer Bauchfellentzündung (Peritonitis) kommen. Kommt es zu einer Verschleppung von Keimen in die Blutbahn, kann dies zu einer **lebensgefährlichen Blutvergiftung** (Sepsis) führen.

Bei Wundinfektionen oder bei zu **Wundheilungsstörungen** neigenden Patienten kann es zu kosmetisch störender Narbenbildung und Wucherungen (Keloide) kommen. Dann kann eine Korrekturoperation notwendig werden.

Ein **Aufbrechen der Operationswunde, Bauchwand- oder Narbenbrüche** müssen operativ verschlossen werden.

Die **Naht** an den Darmenden kann **undicht** werden. Tritt dann Darminhalt in die Bauchhöhle aus, kann dies zu einer **lebensgefährlichen Bauchfellentzündung** (Peritonitis) oder **Abszessen** führen. Nachoperationen oder die Einlage von Spüldrainagen können dann notwendig werden. Durch die Manipulation im Rahmen der Operation oder ein vorübergehendes **Anschwellen des Darmes** kann es zu Passagestörungen kommen, die den Kostaufbau verzögern und eine künstliche Ernährung in diesem Zeitraum notwendig machen. Selten kommt es zu einer ausgeprägten Schwellung, die durch die Druckerhöhung in der Bauchhöhle zu **Durchblutungsstörungen der Bauchorgane** führen kann (Kompartmentsyndrom). In diesem Fall muss operativ entlastet werden.

Im Bereich des angelegten Stomas kann es durch Kontakt mit **Dünndarmstuhl** zu ausgedehnten **Hautreizungen** und **Entzündungen** kommen, dies kann zu Versorgungsproblemen führen. Auch Unverträglichkeiten oder Allergien gegen das verwendete Material zur Stomaversorgung können auftreten.

Falls es zu einer **Minderdurchblutung** der Schleimhaut des Stomas kommt, kann eine Operation mit erneuter Einpflanzung der Darmenden in die Bauchdecke notwendig werden.

Der künstliche Darmausgang kann sich über Monate bis Jahre verengen (**Stomastenose**), was häufig eine erneute Operation erfordert.

Kommt es zu einem wiederholten Hervorquellen des Darmes über das Stoma (**Stomaprolaps**), ist ggf. eine Operation nötig.

Wenn es nicht möglich war, das Stoma wie geplant anzulegen, kann es sein, dass die Lokalisation an der Bauchdecke hinsichtlich einer optimalen **Versorgbarkeit nicht ideal** gewählt ist.

Langfristig können unnatürliche Verbindungsgänge (**Stuhlfisteln**) zwischen dem Darm und anderen Organen oder der Körperoberfläche entstehen. Ein operativer Eingriff ist dann notwendig.

Durch den hohen Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Nährstoffverlust durch ein **Dünndarmstoma** (Kurzdarmsyndrom) kann es zu **Kreislaufproblemen** bis hin zum dialysepflichtigen **Nierenversagen** kommen. Eine dauerhafte intravenöse Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr ist dann nötig.

Nach Rückverlagerung eines Dünndarmstomas kann es vorübergehend zu starken **Durchfällen** kommen, die ebenfalls unbehandelt zu einem dialysepflichtigen **Nierenversagen** führen können.

Allergische Reaktionen, z. B. auf Medikamente können zu Hautausschlag, Juckreiz, Schwellungen, Übelkeit und Husten führen. Schwerwiegende Reaktionen wie z. B. Atemnot, Krämpfe, Herzrasen oder **lebensbedrohliches Kreislaufversagen** sind selten. Dann können u. U. bleibende Organschäden wie Gehirnschäden, Lähmungen oder dialysepflichtiges Nierenversagen eintreten.

Während oder nach der Operation können sich **Blutgerinnsel (Thromben)** bilden und einen Gefäßverschluss verursachen. Die Gerinnsel können auch verschleppt werden und die Blutgefäße anderer Organe verschließen (**Embolie**). Dadurch kann es z. B. zu **Schlaganfall, dialysepflichtigem Nierenversagen** oder **Lungenembolie** mit bleibenden Schäden kommen. Werden zur Vorbeugung blutgerinnungshemmende Mittel verabreicht, vergrößert sich das Blutungs- bzw. Nachblutungsrisiko. Bei Gabe von Heparin kann es zu einer schwerwiegenden Immunreaktion (HIT) mit Verklumpen der Blutplättchen (Thrombozyten) und Gefäßverschlüssen in Venen und Arterien kommen.

Schädigung der Haut, Weichteile bzw. **Nerven** (z. B. durch Einspritzungen, Desinfektionsmittel, den Einsatz von elektrischen Operationsinstrumenten oder trotz ordnungsgemäßer Lagerung) sind selten. Gefühlsstörungen, Taubheitsgefühl, Lähmungen und Schmerzen können die Folgen sein. Meist sind diese vorübergehend. Bleibende Nervenschäden oder Narben sind sehr selten.

Kleine bei der Operation durchtrennte Hautnerven können zu einem vorübergehenden, selten auch **bleibenden Taubheitsgefühl** im Bereich der Operationsnarben führen.

Spezielle Risiken der minimalinvasiven Operation

Das während einer minimalinvasiven Operation in die Bauchhöhle eingeleitete Gas kann in extrem seltenen Fällen in den Brustraum eindringen, die Lunge verdrängen (**Pneumothorax**) und Atemnot auslösen. Die Luft muss durch Punktion oder Legen von Drainagen abgesaugt werden.

Bei Eindringen von Gas in ein Blutgefäß kann es zu einer lebensgefährlichen **Gasembolie** kommen.

Eine bleibende **Darmlähmung**, z. B. nach einer **Nervenverletzung**, ist extrem selten.

Das eingeleitete Kohlendioxidgas kann zu einer **Übersäuerung des Blutes** und damit zu einer **Belastung des Herzens** führen. Ein Druckanstieg im Bauchraum oder eine Übersäuerung des Blutes kann, insbesondere bei herzkranken Patienten, wegen der Belastung der Herz- und Lungentätigkeit ein Wechseln auf eine offene Operation oder einen Abbruch der Operation notwendig machen.

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte (Anamnese)

Bitte beantworten Sie vor dem Aufklärungsgespräch die folgenden Fragen gewissenhaft und **kreuzen Sie Zutreffendes an**. Es ist selbstverständlich, dass Ihre Angaben vertraulich behandelt werden. Anhand Ihrer Informationen kann der Arzt das Eingriffsrisiko in Ihrem speziellen Fall besser abschätzen und wird ggf. Maßnahmen ergreifen, um Komplikationen und Nebenwirkungen vorzubeugen.

Angaben zur Medikamenteneinnahme:

Benötigen Sie regelmäßig blutgerinnungshemmende Mittel oder haben Sie in der letzten Zeit (bis vor 8 Tagen) welche eingenommen bzw. gespritzt? ja nein

Aspirin® (ASS), Heparin, Marcumar®, Plavix®,
 Xarelto®, Pradaxa®, Ticlopidin, Clopidogrel.

Sonstiges: _____

Wann war die letzte Einnahme? _____

Nehmen Sie andere Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, bitte auflisten: _____

(Auch rezeptfreie Medikamente, natürliche oder pflanzliche Heilmittel, Vitamine, etc.)

Wurden Sie schon einmal im Bauchbereich operiert? ja nein

Ergaben sich dabei Komplikationen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie schwanger? nicht sicher ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wenn ja, was und wie viel täglich: _____

Liegen oder lagen nachstehende Erkrankungen oder Anzeichen dieser Erkrankungen vor:

Bluterkrankung/Blutgerinnungsstörung? ja nein

Erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, verstärkte Nachblutung nach Operationen, bei kleinen Verletzungen oder Zahnarztbehandlung),
 Neigung zu Blutergüssen (häufig blaue Flecken, auch ohne besonderen Anlass)

Gibt es bei Blutsverwandten Hinweise auf Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen? ja nein

Allergie/Überempfindlichkeit? ja nein

Medikamente, Lebensmittel, Kontrastmittel,
 Jod, Pflaster, Latex (z.B. Gummihandschuhe, Luftballon) Pollen (Gräser, Bäume),
 Betäubungsmittel, Metalle (z. B. Juckreiz durch Metallbrillengestell, Modeschmuck oder Hosennieten).

Sonstiges: _____

Magen-Darm-Erkrankungen? ja nein

Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür
 entzündliche Darmerkrankung.

Sonstiges: _____

Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Erkrankungen? ja nein

Herzinfarkt, Angina pectoris (Schmerzen im Brustkorb, Brustenge), Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, Herzklappenerkrankung, Luftnot beim Treppensteigen,
 Herzoperation (ggf. mit Einsatz einer künstlichen Herzklappe, Herzschrittmacher, Defibrillator), hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck.

Sonstiges: _____

Erkrankung der Atemwege/Lungen? ja nein

Asthma, chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungenemphysem, Schlafapnoe (starkes Schnarchen), Stimmband-Zwerchfelllähmung.

Sonstiges: _____

Stoffwechsel-Erkrankungen? ja nein

Diabetes (Zuckerkrankheit), Gicht.

Sonstiges: _____

Nierenerkrankungen? ja nein

Nierenfunktionsstörung (Niereninsuffizienz),
 Nierenentzündung, Blut im Urin,
 Nieren-OP, Plasmozytom,
 Nieren-oder Harnleitersteine.

Sonstiges: _____

Lebererkrankungen? ja nein

Leberentzündung.

Sonstiges: _____

Infektionskrankheiten? ja nein

Hepatitis, Tuberkulose, HIV.

Sonstiges: _____

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung (Krebs)? ja nein

Erhalten oder erhielten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Nicht aufgeführte akute oder chronische Erkrankungen? ja nein

Bitte kurz beschreiben: _____

